

Johanna Siirtola & Miia Lehtonen

INTERVALLISOSASTON KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJAN
LAATIMINEN VILLA JUSSOILAAN

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2010

INTERVALLIOSASTON KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJAN LAATIMINEN VILLA JUSSOILAAAN

Siirtola, Johanna & Lehtonen, Miia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2010
Ohjaaja: Pirilä, Ritva
Sivumäärä: 28
Liitteitä: 2

Asiasanat: intervallihoito, kuntoutussuunnitelma

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella kuntoutussuunnitelmapohja intervalliosastolle Villa Jussoilaan. Kuntoutussuunnitelmapohja laaditaan teoretiedon sekä käytännön kokemuksen pohjalta. Projektiin sisältyi pienimuotoinen tutkimusosa, jossa kartoitettiin hoitotyöntekijöiden suhtautumista kuntoutussuunnitelmaan sekä sen toimivuutta käytännön ympäristössä. Näiden havaintojen perusteella kuntoutussuunnitelmaan tehtiin tarpeelliset korjaukset ja muutokset. Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli tuottaa kuntoutussuunnitelma, joka palvelee hoitajaa käytännönläheisesti jokapäiväisessä hoitotyössä. Suunnitelman avulla hoitotyöntekijä saa tietoa potilaasta, hänen tarpeistaan ja hänen vahvuuksistaan. Tuotos on suunniteltu niin, että se on helppolukuinen ja selkeä, jotta siihen on helppo perehtyä lyhyessäkin ajassa. Kuntoutussuunnitelmapohjan on tarkoitus palvella henkilökuntaa ja asiakkaita laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda teoreettista pohjaa kuntoutussuunnitelmapohjan laatimiselle sekä kehittää ja koekäyttää juuri oikeantyyppinen kuntoutussuunnitelmapohja yrityksen käyttöön.

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä intervalliosasto Villa Jussoilan kanssa.

FRAMEWORK FOR REHABILITATION PLAN AT INTERVAL WARD OF VILLA JUSSOILA

Siirtola, Johanna & Lehtonen, Miia
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
November 2010
Tutor: Pirilä, Ritva
Pages: 28
Attachments: 2

Key words: interval care, rehabilitation plan

The purpose of this project-oriented thesis was to formulate a framework for a rehabilitation plan at the Interval Ward of Villa Jussoila. The framework for the rehabilitation plan was to be compiled on the basis of theoretical information and practical experience. The project was composed of concise research work establishing the attitudes of nursing staff towards a rehabilitation plan and its applicability to nursing practice. Based on the observations made the plan was corrected and amended as necessary. In this study, the objective was to produce a rehabilitation plan which would serve the nurse in her everyday nursing practice. Using the plan the nurse gets useful information of the patient, his needs and strengths. The output of this study is formulated in a highly readable way which facilitates a brief perusal of the plan even within a fairly short time frame. The rehabilitation plan is intended to serve both nursing staff and clients as a tool guaranteeing quality and all-inclusive care. The thesis also attempts to lay the basis for a theoretical framework of a rehabilitation plan as well as to develop and test an orthodox solution to the plan for the use of a nursing enterprise. This thesis was compiled in co-operation with the Internal Ward of Villa Jussoila.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJAN SUUNNITTELU PROJEKTINA	6
2.1	Projektiluontoisen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	6
2.2	Projekti	7
2.3	Projektin eteneminen	7
2.4	Projektin vaiheet	7
3	PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1	Intervallihoito.....	8
3.2	Kuntoutus.....	11
3.4	Elämisen malliin perustuva kuntoutussuunnitelma.....	19
3.5	Kuntoutuksen ongelmakohtia	20
4	PROJEKTIN ETENEMINEN JA TOTEUTUS.....	23
4.1	Aikataulu ja rerurssit.....	23
4.2	Riskit ja aiheen rajaus	23
4.3	Kuntoutussuunnitelmapohjan arviointi.....	23
5	PROJEKTIN TULOKSET	24
6	POHDINTA	25
7	LÄHTEET	27

LIITTEET

LIITE 1 Tutkimuslupa-anomus (1 sivu)

LIITE 2 Kuntoutussuunnitelmapohja (12 sivua)

1 JOHDANTO

Lyhytaikaisella laitoshoidolla tarkoitetaan joko tilapäistä tai määräajoin toistuvaa kuntouttavaa laitoshoidoa, jonka on hoidon alkaessa arvioitu kestävän enintään 90 vuorokautta kerrallaan. Lyhytaikainen laitoshoido on tarkoitettu kotona asumista sekä asiakkaan itsenäistä selviämistä tukevaksi ja sen toivotaan myös lykkäävän pysyvään laitoshoidoon siirtymistä. Palvelun ensisijaisena tarkoituksena voi olla myös omaishoitajan mahdollisuus lepoon ottamalla vanhus lyhytaikaiseen hoitoon. Lyhytaikaishoido on yleisin hoitomuoto omaisten lakisääteisten vapaiden aikana. (Salin 2008, 21- 22) Vuonna 2008 Raumalla omaishoidon tuella hoidettuja yli 65-vuotiaita asiakkaita oli 182, joista yli 75-vuotiaita oli 138. Omaishoitajat saavat lain (937/2005) mukaan kuukaudessa kolme vapaapäivää. Näiden vapaapäivien mahdollistamiseksi on järjestetty intervallihoitopaikkoja, joiden tehtävänä on lyhytaikaisesti taata ikäihmiselle hänen tarvitsemansa hoito ja huolenpito.

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella Villa Jussoilan intervalliosastolle kuntoutussuunnitelmapohja, jonka avulla voidaan taata asiakkaille hyvä kokonaisvaltainen hoito. Kuntoutustarpeiden arvioinnissa otetaan huomioon kuntoutujan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat sekä voimavarat. Kaikessa geriatrisessa kuntoutuksessa lähtökohtana tulee olla kuntoutujan omat tarpeet, toiveet, ennakkokäsitykset, motivaatio sekä voimavarat. Perinteisesti geriatrinen arviointi lähtee liikkeelle kuntoutujassa havaituista ongelmista ja niiden hoidosta. Tämä lähestymistapa jättää asiakkaan omat käsitykset, voimavarat sekä selviytymiskeinot huomioimatta. Näiden hyödyntäminen kuntoutuksen suunnittelussa on erittäin tarkoituksenmukaista. Ongelmia ei tule tarkastella yksilökeskeisesti, koska arkielämässä toimintaa säätelevät ympäristön lisäksi myös tilanne, kulttuurisiin normeihin ja sääntöihin liittyvät seikat. Nämä voivat joko edistää tai haitata kuntoutumista, pahimmassa tapauksessa jopa estää sen kokonaan. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 560.)

2 KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJAN SUUNNITTELU PROJEKTINA

2.1 Projektiluontoisen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Dement on 2003 perustettu kotisairaanhoidoyritys. Yritys on laajentanut toimintaansa Raumalla Seminaarinmäellä toimivaan hoiva-asumisen monitoimikeskukseen Villa Jussoilaan. Siellä on runsas valikoima ikäihmisen omaehtoisen elämän tueksi tarkoitettuja palveluja sekä palveluiden tarjoajia. Talon toiminta perustuu ihmisen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen yksilönä ja yhteisön jäsenenä. Villa Jussoilassa on palveluasuntojen lisäksi mahdollisuus kuntouttavaan intervalliasumiseen sekä kuntouttavaan päivähoitoon. (dement.fi)

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella Villa Jussoilan intervalliosastolle kuntoutussuunnitelmapohja, jonka tavoitteena on olla toimiva sekä laajasti asiakkaan näkökulman huomioiva. Työn on tilannut Dementin johtaja. Koska toiminta on uutta, ei kuntoutussuunnitelmapohja vielä ole käytössä, joten tarve tälle projektityölle on ilmeinen. Kuntoutussuunnitelmapohja laaditaan teoretiedon sekä käytännön kokemuksen pohjalta. Kuntoutussuunnitelmapohjan on tarkoitus palvella henkilökuntaa ja asiakkaita laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda teoreettista pohjaa kuntoutussuunnitelmapohjan laatimiselle sekä kehittää ja koekäyttää juuri oikeantyyppinen kuntoutussuunnitelmapohja yrityksen käyttöön.

Projektityön tehtävä on ammatillisesti haastava ja vaativa. Hoito- ja kuntoutustyössä käytetään monenlaisia kaavakkeita ja lomakkeita, mutta ne eivät sellaisenaan ole käyttökelpoisia juuri alkaneeseen toimintaan. On haastavaa tehdä kuntoutussuunnitelmapohja alusta asti huomioiden siinä kaikki asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät asiat. Kuntoutussuunnitelmapohjan tulee olla helppo ja nopea käyttää, mutta sen on oltava sellainen, että jokaisesta asiakkaasta saadaan samat, luotettavat tiedot. Kirjatut tiedot eivät saa olla riippuvaisia kuntoutussuunnitelman täyttäjästä. Tällöin tehtyjä kuntoutussuunnitelmia voidaan myöhemmin käyttää tutkimusaineistona.

2.2 Projekti

Projektilla tarkoitetaan joukkoa ihmisiä tai resursseja, jotka ovat tilapäisesti kerääntyneet yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää. Sana projekti on peräisin latinasta. Se tarkoittaa suunnitelmaa tai ehdotusta. Projektiin kuuluu selkeä budjetti ja aikataulu. Se on johonkin määriteltyn tavoitteeseen pyrkivä, harkittu tai suunniteltu hanke, jolla on aikataulu, määritellyt resurssit ja projektiorganisaatio. Jokainen projekti on ainutkertainen. (Rissanen 2002, 14.)

2.3 Projektin eteneminen

Projektin suunnitteleminen käynnistyi Dementin johtajan pyynnöstä laatia maaliskuussa 2010 avattuun intervalliosastoon kuntoutussuunnitelmapohja. Lomakkeen suunnittelu käynnistyi heti, koska kuntoutussuunnitelma piti saada käyttöön mahdollisimman pian. Ensimmäinen versio syntyi muutamassa viikossa. Tämä otettiin käyttöön heti ja nopeasti huomattiin siinä olevat puutteet. Teoriatietoon paneutuminen antoi uusia näkökulmia suunnitteluun. Näin syntyi versio, joka on nyt käytössä oleva kuntoutussuunnitelmapohja. Koekäytön edetessä kuntoutussuunnitelmapohjan käyttö on laajentunut kotisairaanhoidon sekä palveluasuntojenkin puolelle. Lomakkeen avulla saadaan asiakkaasta laaja kuvaus, joka auttaa hoidon suunnittelussa sekä toteutuksessa.

2.4 Projektin vaiheet

Projekti on kokonaisuus, johon liittyy selkeä elinkaari. Projektin vaihteita ovat perustaminen, suunnittelu, toteutus ja päättäminen. Jokaisella vaiheella on omat toimintatavat ja ongelmat. Eri työvaiheisiin joudutaan palaamaan toistamiseen työn edetessä. Tästä syystä aina ei voida sanoa, missä vaiheessa projekti kulloinkin on. (Ruuska 2001, 13.)

Kuntoutumissuunnitelman sisällön määrittely ja sen pukeminen sellaiseen sanalliseen muotoon, että sitä voidaan käyttää kuntoutuksen tukena, on vaativa tehtävä. Käyttökelpoisen suunnitelman tekemiseen ei yleensä ryhdytä eikä siihen ole edellytyksiä-

kään, ellei kuntoutuksen yleisistä suuntaviivoista vallitse yksimielisyys. Hyvin varhain jo kuntoutusta harkittaessa olisi keskusteltava perusteellisesti siitä, minkä verran kuntoutuja ja kuntoutusjärjestelmä voivat kuntoutukseen panostaa. Tämä tehtävä on ammattityötä, jossa kuntouttajalla on oltava varsin tarkka näkemys siitä, mitä mahdollisuuksia sillä on tukea kuntoutujaa tämän sen hetkessä tilanteessa. Kuntoutumissuunnitelma rakentuu tavallisesti niille tiedoille, joita on yleisesti käytettävissä kuntoutujan ongelmatilanteesta. Kuntoutumissuunnitelman tekemiseen on voitava varata riittävästi aikaa. Kuntoutumissuunnitelma on aina tehtävä yhdessä potilaan/asiakkaan kanssa, koska kysymys on hänen asiastaan. Mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan mukana olisi oltava myös kuntoutujan läheisiä ja perheenjäseniä.

(Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001, 503.)

Kuntoutumissuunnitelmassa on määriteltävä nykytila, tavoite ja jokin tapa saavuttaa tavoite. Käytännön toteutuksessa on välttämätöntä oltava tieto, milloin, kenen johdolla ja missä suunnitelma toteutetaan. Jos suunnitelmasta on määrätty säädöksissä, on edellisten lisäksi kerrottava, milloin ja kuinka pitkäksi ajankohdaksi suunnitelma on tehty ja millä perusteella sitä on tarkistettu. (Kallanranta ym. 2001, 506.)

3 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Intervallihoido

Intervallihoidolla tarkoitetaan kotona asuvalle iäkkäälle henkilölle järjestettyä lyhytaikaista hoito- tai palvelujaksoa ympärivuorokautisen hoidon tai palveluasumisen yksikössä. Hoidon ensisijainen tarkoitus on antaa omaisille tilaisuus lepoon. Lyhytaikaishoidon tiedetään lykkäävän pysyvän laitoshoidon tarvetta. (Muurinen, Valvanne, Sahi, Peiponen, Tolkki & Soveri. 2004,1.) Intervallihoidon tulee palvella ensisijaisesti omaishoitajia, joiden hoidettava kuuluu omaishoidon tuen piiriin tarjoamalla heille mahdollisuuden lakisääteiseen lomaan. Intervallihoidon tarkoituksena on myös palvella muita omaisia, jotka hoitavat vaikeasti sairaita ja/tai toimintakyvyttömiä läheisiä kotona. Intervallihoidolla pyritään myös vastaamaan sairaaloiden akuuttiyk-

siköiden uloskirjattavien asiakkaiden tarpeisiin, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitopaikkaa ennen kotiin tai palvelutaloon siirtymistä. (Muurinen ym. 2004,13.) Intervallihoidon tavoitteena pidetään asiakkaiden toimintakyvyn ja päivittäisissä toimissa tarvittavien taitojen ylläpitämistä. Intervalliyksiköillä tulisi olla käytettävissä fysioterapeutin ja toimintaterapeutin palvelut. Kokopäiväisesti toimivasta fysioterapeutista osastolla on saatu hyviä kokemuksia. Fysioterapeutti suunnittelee yksilöllisesti asiakkaan kuntoutussuunnitelman, ohjaa asiakasta, omaista ja hoitohenkilökuntaa asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä edistämiseksi. Intervallijakson onnistumisen kannalta on tärkeää sopia yhteiset tavoitteet sekä hoitomenetelmät koti- ja laitoshoidon työntekijöiden sekä asiakkaan omaisten kesken. Tavoitteiden arvioiminen säännöllisesti hoitojakson aikana on ensiarvoisen tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Asiakkaan ollessa intervallihoidossa tulee hänellä olla samat apuvälineet kuin, mitä hänellä on kotonaan. Intervallihoidon tulee olla selkeästi kotihoidon tukimuoto. Lyhytaikaishoitojakso on aina määräaikainen ja sen kesto määritellään yksilöllisesti asiakkaan tarpeen mukaan. Lyhytaikaishoito tulisi keskittää siihen erikoistuneille osastoille sekä lyhytaikaishoidonjakson tulee aina olla kuntouttavaa ja sen tulee tukea sekä omaisten että asiakkaan selviytymistä kotona. (Muurinen ym. 2004, 13- 15.) Muurinen ja Valvanne (2005, 67- 71) selvittivät tutkimuksessaan ketä lyhytaikaishoitoa käyttävät ja millä perusteella. Tutkimukseen osallistui asiakkaita kahdesta eri vanhainkotosastolta, jotka olivat tulleet palveluiden piiriin edeltävän vuoden aikana. Omaiset olivat myös mukana tutkimuksessa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitojaksoa tarvitsi sekä puolison kanssa asuvat, että yksin asuvat ikäihmiset, joiden keski-ikä oli 80 vuotta. Tutkimukseen osallistuneilla asiakkailla oli keskimäärin kolme sairautta. Yleisimmät sairaudet olivat sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveysongelmat. Tutkimuksen mukaan yleisin syy oli omaisen lepotauko. Muita perusteita olivat kuntoutus, virkistäytyminen, asunnon peruskorjaustyöt tai laitosasumiseen totuttelemine. Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että kovin usealle asiakkaalle ei ollut tehty hoitotyön suunnitelmaa. Lyhytaikaishoidon tulisi olla tavoitteellista ja suunniteltua, muuten hoitojaksolla ei saavuteta tavoitteita. Tämä johtaa Muurisen ja Valvanteen mukaan myös resurssien hukkakäyttöön. Hoidolla pitää olla laatuksiteerit, jotka ohjaavat suunnitelmalliseen ja tavoitteelliseen hoidon toteutumiseen.

Salin (2008 b, 45- 49.) kehitti väitöskirjansa avulla lyhytaikaisen hoitojakson reaali-mallin, jonka avulla voidaan kehittää ja jäsentää käytännön toimintaa vanhusperheiden hoitotyössä. Tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen aineisto koostui omaishoitajista (n=17) jotka käyttivät hoitojaksoja kotihoidon tukena. Kolmannen vaiheen aineisto kerättiin lyhytaikaishoitoon keskittyneiden osastojen hoitohenkilökunnasta (n=22). Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aineisto analysoitiin käyttämällä laadullista sisällön analyysia. Neljännessä vaiheessa tutkimuksessa kohteena oli 350 hoitojaksoja säännöllisesti käyttävää omaishoitajaa. Tutkimusaineisto kerättiin postikyselynä. Vastausprosentti oli 46,3. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä tilastollisia analyysimenetelmiä. Viidennessä vaiheessa edellisten vaiheiden tuloksena saatu käsitejärjestelmä johdettiin Phillipsin ja Rempusheskin (1986) omaishoidon mallin rakenteelliseen kehikkoon. Salin totesi tutkimuksessaan (2008, 75.) että vaikka Suomessa lyhytaikaishoito onkin vakiintunut käyttöön, on palvelujärjestelmässä palveluiden kehittäminen jäänyt vähälle. Salin korostaa tutkimuksessaan, että vaikka kotona asumisen tukemista on painotettu, ei annettujen palveluiden laatuun ole suuresti panostettu. Vanhustenhuolto on palveluiden riittävyys-turvaamisen sekä palvelurakenteen oikean jakautumisen edessä laitoshoidon, omaishoidon, kotipalvelujen ja palveluasumisen suhteen. Palvelujen tarjoamisessa on otettava yhtäältä huomioon se, kuinka moni ikääntynyt tarvitsee palveluita, mutta on huomioita myös se, millaisia palveluiden tulee olla. Salinin (2008 b, 5, 45- 49.) tutkimuksessa ilmeni, että omaishoitajat käyttivät hyödyksi lyhytaikaisia hoitojaksoja, jotta jaksaisivat hoitaa omaistaan kotona pidempään. Useat lyhyet perättäin sijoitetut hoitojaksot edistivät tutkimuksessa olleiden arjessa selviytymistä. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitojakson vaikutukset näkyivät vasta asiakkaan kotiuduttua. Tulosten mukaan hoidon tuntuminen raskaalta oli vain tilapäistä, varsinkin dementiaa sairastavien kohdalla. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat, että lyhytaikaisen hoitojakson jälkeen, omaishoitaja kykeni arvioimaan työn kuormittavuutta hoitaessaan omaista kotona. Osa vastanneista koki, ettei lyhytaikaisen hoidon aikana tapahtunut voinnissa muutosta, ja toiset kokivat omaisen virkeämmäksi ja elämänhaluisemmaksi. Palveluiden määrittämisessä ja järjestämisessä on otettava huomioon tieto, mitä pidetään hyvänä ja tavoiteltavana. (STM 2001a, 7.)

3.2 Kuntoutus

Suomessa vanhuspolitiikan tavoitteena on edistää ikääntyvien toimintakykyä sekä itsenäistä elämää. Tavoitteena on, että ikäihminen asuu omassa kodissaan tutussa elinympäristössä niin kauan, kuin se on suinkin mahdollista. Toimintakykyä ylläpidetään ja parannetaan riittävän varhaisella sekä monipuolisella ehkäisevällä ja kuntouttavalla toiminnalla. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaan kuntoutuspalveluiden sisältöä on kehitettävä. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 20.)

Lähtökohtana kuntoutukselle on kuntoutujan yksilöllinen tilanne. Siinä on huomioitava kuntoutujan tarpeet, toiveet ja odotukset sekä hänen voimavaransa. Tärkeitä lähtökohtia ovat myös kuntoutujan omat käsitykset tilanteestaan sekä hänen kuntoutukselle antamansa merkitykset. Jotta kuntoutuja kokee kuntoutumisen mielekkääksi ja ryhtyy sen vaatimiin elämänmuutoksiin, on kuntoutuksella oltava yhteiset tavoitteet. (Koskinen ym. 2008, 555.) Kuntoutumistoiminnan periaatteena on, että sen avulla ja tukemana pyritään saavuttamaan tai säilyttämään vajaakuntoisten kansalaisten toimintakykyisyys niin, että he voivat osallistua ja selviytyä elämänsä vaatimuksista kykyjensä ja ikänsä edellyttämällä tavalla. Mitä se käytännössä kuntoutujan kannalta merkitsee, on selvitettävä aina yksilöllisesti. (Tossavainen 1995, 41.).

Geriatrinen kuntoutus voidaan määritellä prosessiksi, jossa pyritään moniammatillisesti parantamaan kroonisesti sairaan vanhuksen elämänlaatua ja kohentamaan hänen toimintakykyään. Moniammatillisuudella tarkoitetaan useiden eri ammattiryhmien kuten lääkäreiden, sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden yhteistyötä. Geriatriksen kuntoutuksen päätavoitteet ovat vanhusten jäljellä olevien voimavarojen tiedostaminen ja käyttöönotto, kannustaminen arkiaskeisiin, oman roolin löytäminen ja sopeutuminen vanhenemisen tuomiin muutoksiin. (Wallin, Karppi & Talvitie 2004, 12.)

Geriatriksen kuntoutuksen tavoitteena on palauttaa ja ylläpitää vanhuksen korkein mahdollinen toimintataso sairauksista ja vammoista huolimatta ja siten kohentaa hä-

nen omatoimisuuttaan ja elämänlaatuaan. Geriatriksen kuntoutuksen keinovalikoimaa on syytä hyödyntää hoidon eri portailla kotihoidosta kuntouttaviin sairaalayksiköihin saakka. Geriatriinen arviointi- ja kuntoutusprosessi rakentuu tiedon keruusta, tavoitteiden asettamisesta ja järjestelmällisestä yhteistyöstä tavoitteiden saavuttamiseksi. Prosessin käytännön toteutuksesta vastaa moniammatillinen tiimi, johon yleensä kuuluu geriatriin ja vastuu/omahoitajan lisäksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Kuntoutumisprosessi on ammatillisesti ja yhteistoiminnallisesti vaativa. Eri ammattiryhmien yhteistyön sujuvuus ei ole itsestäänselvyys. Myös tiedonkulku kangertelee usein. Kuitenkin monet kuntoutustoimintaan liittyvät pulmat ovat hyvällä suunnittelulla, johtamisella ja koulutuksella vältettävissä. Vanhuksen kuntoutumiseen tulee varata riittävästi aikaa eikä johtopäätöksiä (esim. laitoshoidon tarpeesta) saa tehdä ennen, kuin kuntoutumisen hyväksi on tehty kaikki voitava. Mahdollisuuksien luominen ja myönteisen asenteen säilyttäminen on ensiarvoisen tärkeää. Konkreettinen keino on tarkastella toiminnanvajavuutta vahvuuksien ja heikkouksien näkökulmasta. Yllättävän usein vahvuudet nousevat vallitseviksi ja antavat myönteisen alkusysäyksen kuntoutumiselle. Perusluonteeltaan kuntoutus on moniammatillista toimintaa. Kuntoutuksen katsotaan perustuvan yleensä niin sanottuun holistiseen ihmiskäsitykseen ja biopsykososiaaliseen näkemykseen ihmisen terveydestä ja toimintakyvystä. Kuntoutuksella pyritään saavuttamaan mahdollisimman hyvä toimintakyky, työllisyys, sosiaalinen osallistuminen sekä elämänhallinta. Pääosin kuntoutus käynnistetään sairauden, vian tai vamman aiheuttamien haittojen tai niiden uhkan perusteella. Perusteena kuntoutukselle voi olla myös vakava sosiaalinen syrjäytyminen tai sen uhka. Osaltaan kuntoutus voi olla akuutin sairauden hoitoa täydentävää toimintakykyä kohentavaa toimintaa, osa pitkäaikaista sairautta potevan, pysyvästi vammautuneen tai sosiaalisesti syrjäytymässä olevan ihmisen elämänhallinnan ja sosiaalisen selviytymisen tukemista, osa vahvasti ammatillista, työelämään siirtymistä tai työssä pysymistä tukevaa toimintaa. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004.)

Tossavaisen (1996, 89) mukaan ikäihmisen kuntoutuksen ydinkysymyksenä voidaan pitää toimintakyvyn säilyttämistä, koska ihmisen vanhetessa henkiset sekä fyysiset toiminnot alkavat rappeutua. Psykkisten kykyjen kehittämiseen ei Tossavaisen mukaan ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Jotta ikäihminen voi suoriutua päivittäisistä

toiminnoista ja säilyttää elämänhallinnan, edellyttää se ihmiseltä joustavuutta sekä oivaltamista. Vaikka tekniikka olisi kuinka kehittynyttä, ei se korvaa toista ihmistä, jota tarvitaan ikäihmisen kuntoutukseen ja aktivointiin. Kuntoutukselle on tyypillistä prosessinomainen luonne ja kokonaisvaltaisuus. Kuntoutuksella tuetaan ihmisen ja hänen lähiympäristönsä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja ja toimintaedellytyksiä. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista ammatillista toimintaa. Se on tavoitteellista yhteistyötä asiakkaan kanssa. Kuntoutus voi olla yksilö- tai ryhmäkohtaista ja siinä hyödynnetään lähiyhteisön sosiaalisia verkostoja. Se voi sisältää toimenpiteitä, joiden avulla pyritään saavuttamaan tai palauttamaan toimintoja tai kompensoimaan toiminnan menetystä, puuttumista tai toiminnallista rajoitusta (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 294.)

Kuntoutusprosessin pääosassa on kuntoutuja, jonka tarpeet ja toiveet suuntaavat kuntoutusta. Kuntoutujan toiveiden mukaan otetaan myös omainen kuntoutussuunnitelman laadintaan mukaan. (Koskinen ym. 2008. 561.) Haapaniemi ja Routasalo (2007, 35) tutkivat iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toimintaa potilaan kuntoutumisen edistämisessä sairaanhoitajan näkökulmasta. Aineisto kerättiin noin 40 sairaanhoitajalta teemahaastattelulla. He työskentelivät kahden kaupungin terveystieteiden sairaaloiden akuuttihoito- ja kuntoutusosastoilla, joilla hoidettiin iäkkäitä kuntoutuspotilaita. Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Tutkimustuloksista ilmeni että ammattihenkilöt käyvät keskustelua potilaan hoidosta ja kuntoutussuunnitelmasta ja tekevät päätöksiä kuntoutuksen tavoitteista. Tavoite kerrotaan potilaalle ja tämä kertoo tavoitteet omaiselle. Tutkimustuloksista ilmeni myös, etteivät iäkkäät potilaat tienneet oman hoitonsa tavoitetta eikä heiltä oltu kysytty heidän omia mielipiteitään kuntoutuksen tavoitteista. Tulosten mukaan kaikki iäkkäät potilaat eivät halua tai kykene osallistumaan oman hoitoonsa eikä kuntoutumiseensa. Potilaan osallistumista voidaan tukea sillä, että sairaanhoitajat ovat kiinnostuneita potilaasta sekä hänen taustastaan sekä ymmärtävät potilasta uudessa elämäntilanteessa. (Haapaniemi ja Routasalo 2007, 35.)

Sairaanhoidon ja kuntoutuksen raja on häilyvä. Vasta siinä vaiheessa, kun rakennetaan yksilöllistä kokonaissuunnitelmaa ja tarvitaan kustannuksia vaativia erityispal-

veluja, on kuntoutuksen määrittäminen tarpeen. Kunkin kuntoutustarpeessa olevan ihmisen tilanteessa hänen mahdollisuutensa ja tavoitteensa on selvitettävä erikseen. Perustavoitteeksi voidaan aina asettaa yksilön itsenäinen suoriutuminen ja aktiivinen elämä eli toisin sanoen oman elämän hallinta. (Tossavainen 1995, 42.)

Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka menetelmillä voidaan tukea yksilön elämänhallintaa. Tavoitteena on auttaa yksilöä toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon on uhattuina tai heikentyneet. Kuntoutus perustuu kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteistyössä laatimaan suunnitelmaan ja jatkuvaan prosessin arviointiin. Kuntoutukseen kuuluu yksilön voimavaroja, toimintakykyisyyttä ja hallinnan tunnetta lisääviä sekä toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä. Kuntoutus voi perustua sekä yksilö- että ryhmäkohtaiseen toimintamalliin ja sen apuna voidaan käyttää lähiyhteisöjen sosiaalisia verkostoja. Määritelmän taustalla on käsitys kuntoutujasta tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään, tarkoitusperiään ja elämänprojektejaan toteuttavana olentona, joka pyrkii ymmärtämään, tulkitsemaan, suunnittelemaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä ja perustaansa. Elämänprojektit ovat yksilöllisiä, elämäntilanteesta, resursseista ja intresseistä lähteviä. (Järvikoski & Härkäpää 1995, 20- 22.)

3.3. Kuntoutussuunnitelma

Hyvän kuntoutuskäytännön on aina perustuttava kuntoutussuunnitelmaan. Sekä vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön kokonaisuudistus että vuoden 1996 alusta voimaan tulleet työeläkelainsäädännön muutokset sisältävät vaatimuksia kuntoutuksen suunnitelmallisuudesta, tavoitteellisuudesta, tuloksellisuudesta, seurannasta, työnjaosta ja yhteistyöstä sekä asiakkaan osallistumisesta oman kuntoutusprosessinsa suunnitteluun. (Kallanranta ym. 2001, 504.)

Kuntoutujan kuntoutusprosessin suunnittelun keskeisenä välineenä on yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelma on kuntoutujan tulevaisuuden suunnitelma, johon hän itse sitoutuu ja, jonka avulla ja tuella hän kuntoutuu. Kuntoutussuunnitelma voidaan nähdä myös sopimuksena, jonka toteutukseen kuntoutuja ja kuntoutukseen osallistuvat asiantuntijat sekä organisaatiot sitoutuvat. Kuntoutusta tarjoavien organisaatioiden näkökulmasta tarkastellen kuntoutussuunnitelma voi toimia asiakaspaperina, joka jäsentää yhteistyötä. Kuntoutussuunnitelma on yksilöllinen. Se laaditaan yhteistyössä kuntoutujan ja kuntoutustoimintaa tarjoavien asiantuntijoiden kanssa. Kirjallisesti laadittuun suunnitelmaan sisällytetään kuntoutujan kuntoutusprosessin hahmotelma. Kuntoutussuunnitelman tärkein sisältö koskee kuntoutujaa ja hänen toimintaympäristöänsä. Perustana suunnitelmalle on kuntoutujan jäljellä oleva toimintakyky ja hänen motivaationsa ja tavoitteensa kuntoutumiselle. Kuntoutussuunnitelmassa esitetään ne palvelut ja toimenpiteet, joiden avulla voidaan lisätä asiakkaan suoriutumista ja toimintakykyä. Lisäksi siinä sovitaan eri palveluista ja toimenpiteistä aiheutuvien kustannusten maksajaorganisaatioista. Kuntoutussuunnitelman laadinta on usein prosessinomainen tapahtumaketju. Suunnitelma ei takaa sitä, että kaikki tapahtuu juuri niin, kuin ennalta on suunniteltu. On otettava huomioon niin kuntoutujasta kuin hänen lähiyhteisöstäänkin sekä yhteiskunnan toimivuudesta johtuvia tekijöitä, jotka vaikuttavat kuntoutustapahtumien ajoittamiseen. Kuntoutumissuunnitelma tehdään yleensä siinä organisaatiossa, jossa kuntoutujan kuntoutusprosessi käynnistyy. Lisäksi tällä organisaatiolla on seurantavastuu kuntoutujan kuntoutusprosessin toteutumisesta. Todellisuudessa saatetaan yksilöllisiä suunnitelmia tehdä useilla eri palvelusektoreilla. Kuntoutumissuunnitelman toteutumista arvioidaan sovituin määräajoin esimerkiksi puolivuositain tai suunnitelman ajankohaisuus tarkistetaan aina silloin, kun kuntoutuja on yhteydessä suunnitelman tehneeseen palvelujärjestelmään. Kuntoutujalle on mahdollista nimetä yhdys- tai vastuuhenkilö siinä palvelujärjestelmässä, jossa hänen kuntoutussuunnitelmansaakin on laadittu. Yhdys- tai vastuuhenkilö kannustaa asiakasta etenemään tehdyn kuntoutumissuunnitelman mukaan, huolehtii yhteydenotoista muihin palvelujärjestelmiin ja opastaa käytännön kuntoutusasioiden hoidossa. Kuntoutujalle yhdys- tai vastuuhenkilö on se palvelujärjestelmän työntekijä, johon hän voi olla yhteydessä aina, kun kuntoutusprosessissa tulee eteen epätietoisuutta. (Kähäri- Wiik, Niemi & Rantanen 2002, 43-46.)

Kuntoutus on prosessi, jossa on useita eri vaiheita ja toimijoita. Prosessi voi kestää useita vuosia. Menestyksekkääseen kuntoutusprosessiin vaikuttavat onnistunut arviointi asiakkaan kuntoutustarpeen suhteen, onnistuneesti laadittu kuntoutussuunnitelma ja asiakkaan sitoutuminen suunnitelman toteuttamiseen. (Puhakka 2007, 6.)

Kuntoutussuunnitelman laadinta voi olla asiantuntijan ”kotikenttä” ja vallankäyttötilanne, jossa asiakas ja ammattilainen puhuvat eri kieltä. Kuntoutuksen onnistuminen riippuu usein siitä, muodostuuko eri toimijoiden välille luottamus ja millaisia yhteisiä tavoitteita asetetaan. Ammattilaisen on kyettävä tulkitsemaan asiakkaan odotukset ja ymmärtämään hänen toimintatapansa. Ammattilaisen on tärkeää pyrkiä varmistamaan se, ettei toiminnallaan tule korostaneeksi omaa valta-asemaansa. Ammattilaisen asiantuntemus kuntoutuksessa liittyy tietoon sekä menetelmiin ja vuorovaikutukseen. Asiakkaan tehtävänä on sitä vastoin ratkaista, millä tavalla hän suhtautuu tietoon ja minkälaisia toimintatapoja hän ottaa käyttöön. Käytännössä on havaittu hyödylliseksi se, että kuntoutuksen tavoitteet ovat konkreettisia ja helposti ymmärrettäviä ja, että ne voidaan saavuttaa riittävän nopeasti. Riippumatta siitä, tapahtuuko kuntoutus kotona, laitoksessa, poliklinikalla, päiväsairaalassa tai terapiassa, on kuntoutuja itse oman kuntoutumisensa subjekti ja tuloksellisuuden määrittäjä – ei toimenpiteiden kohde. Kuntoutustoimet riippuvat tavoitteista ja sisältävät lääketieteellisen ja fysioterapeuttisen menetelmien lisäksi kuuntelua, rohkaisua, ohjaamista, tukea, koulutusta, neuvontaa ja sopeutumisvalmennusta. Kuntoutuksen tuloksia tarkastellaan prosessin aikana sovittujen mittareiden avulla sekä keskusteluilla kuntoutujan kanssa. Kuntoutuksen tuloksellisuuden arviointi toimii niin palautteena kuntoutujalle kuin ammattilaiselle. Arviointi voi olla myös jatkohoidon tavoitteiden pohja. Jatkohoidon suunnitteluun kannattaa kiinnittää erityistä huomiota, jotta kuntoutusjakson aikana saavutettuja vaikutuksia ei menetetä. (Koskinen ym. 2008, 561- 562.)

Kuntoutumissuunnitelmassa on aina kyse yksilöstä, hänen voimavaroistaan sekä yhteiskunnan tarjoamista mahdollisuuksista. Kuntoutussuunnitelman rakentamiselle ei ole olemassa valmista kaavaa, mutta jonkinlainen hahmotelma sen rakenteesta on piirrettävissä. Suunnitelma voi koskea rajattua aikaa rajallisen ongelman poistami-

seksi tai vuosia kestävä, elämän peruslinjauksia muuttavaa monivaiheista tapahtumaketjua. Suunnitelman toteuttamiseen vaikuttaa se, miten tarkasti on voitu ennakoida kolmen osa-alueen toimivuus. Kuntoutuminen tapahtuu yksilön voimavaroja vahvistamalla, suoriutuvuutta, osaamista ja toimintakykyä lisäämällä tai toimintaympäristössä olevia esteitä vähentämällä tai poistamalla. Kun kuntoutussuunnitelmaa rakennetaan, on ensimmäiseksi oltava selvillä, mikä on ongelma, mihin pitäisi saada muutos ja millä ehdoilla. Toiseksi, mitkä ovat keinot, joista on löydettävissä vastaus tähän ongelmaan; miten ja millä ehdoilla ne ovat käytettävissä. Kolmanneksi, mitä kustannuksia suunnitteilla olevasta kuntoutuksesta aiheutuu ja miten kustannukset saadaan katetuksi eli, mikä organisaatio ensiksi vastaa niistä. Kuntoutussuunnitelma perustuu yksilön fyysisiin ja psyykkisiin voimavaroihin, hänen kokemuksiinsa, taitoihinsa ja tavoitteisiinsa. Yksilöllisten voimavarojen lisäksi hänen mahdollisuuksiinsa vaikuttavat niin sanotut tilannetekijät: hänen elämäntilanteensa, ikänsä, elämänvaiheensa; elääkö hän lapsuutta, aikuisuutta vai vanhuutta vai siirtymävaihetta jaksosta toiseen. (Tossavainen 1995, 72- 75.)

Kuntoutumissuunnitelman tarpeellisuus ja hyöty on ennen muuta siinä, että suunnitelmallisuus lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta, koska se antaa mahdollisuuden yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen keskittämiseen vaikeuksien voittamiseksi. Kuntoutumissuunnitelma on samanaikaisesti kuntoutuksen toimintakenttä ja väline. Suunnittelu merkitsee aina voimavarojen uudelleen suuntaamista, mistä kuntoutuksessa psyykkisenä tapahtumana on aina olennaisesti kysymys. Kuntoutumissuunnitelmassa ilmaistaan kuntoutuksen kummankin osapuolen kuntoutujan ja kuntouttajan tavoitteet ja keinot kuntoutuksen yleisistä ehdoista, ajatukset ja ennusteet kuntoutumisen etenemisestä sekä kummankin osapuolen oikeudet ja velvollisuudet kuntoutuksen toteutuksessa. (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001, 503.)

Kuntoutussuunnitelma sisältää yksityiskohtaisesti ne keinot ja aikataulun, joita tarvitaan tavoitteeseen pääsemiseksi. Suunnitelman rakentaminen vaatii paljon asiakastietoa ja paneutumista henkilöltä, joka välittää tutkimustietoja asiakkaalle ja rakentaa hänen kanssaan yksityiskohtaista kuntoutusohjelmaa. Kuntoutussuunnitelman puitteet ja vaihtoehtoiset toimenpiteet ja palvelut on pääasiassa harkittu jo tutkimusvaiheen aikana, mutta aikataulu ja yksityiskohdat menettelystä selvitetään viimeistään suunnitelmaa laadittaessa.

Kuntoutumissuunnitelma on aina yksilöllinen. Sen sisältö määräytyy aina ihmisen tarpeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussuunnitelman lähtökohta on nykytilanne, missä nyt ollaan, miten tähän on jouduttu, miten tästä eteenpäin, miten tavoitteet voidaan asettaa. (Tossavainen 1995, 71.)

Taulukko 1. Monialainen gerontologinen kuntoutuksen arviointi. (Koskinen ym. 2008, 559.)

Gerontologiset riskitekijät
Kuntoutujan vahvuudet, voimavarat ja kompensointitavat.
Toimintakyky: <ul style="list-style-type: none"> • liikuntakyky, tasapaino • muut päivittäistoiminnot • välineelliset päivittäistoiminnot • apuväline- ja avuntarve
Sairaudet: <ul style="list-style-type: none"> • akuutit, pitkäaikaiset, piilevät • oireet, haitta, komplikaatoriksi • eri elinjärjestelmät, aistit
Lääkitys: <ul style="list-style-type: none"> • yli- tai alilääkitys, sivuvaikutukset, yhteisvaikutukset, hoito-ohjeiden noudattaminen
Ravitseminen: <ul style="list-style-type: none"> • ruokavalio, suu, nestetasapaino
Psyykkinen toimintakyky: <ul style="list-style-type: none"> • mieliala, kognitio, psyykkinen hyvinvointi
Sosiaalinen toimintakyky: <ul style="list-style-type: none"> • yksinäisyys, sosiaaliset verkostot, tyytyväisyys ihmissuhteisiin, leskeytyminen • läheisapu • omaisten merkitys, kuntoutujan toiveet omaisten mukanaolosta
Kodin sekä asuin- ja elinympäristön arviointi ja näiden merkitys toimintakyvylle

- asunnon puutteet, liikuntaesteet
- asuinympäristön esteet

3.4. Elämisen malliin perustuva kuntoutussuunnitelma

Hoitotyön mallit havainnollistavat teoreettisen viitekehyksen ja osoittavat osien väliset suhteet. Malleihin ei ole syytä suhtautua kovin vakavasti, koska niitä laadittaessa on muistettava, että niiden tärkein tehtävä on antaa viitteitä jatkopohdintoihin. Malleja muutetaan ja parannellaan sitä mukaa, kun uudet tieteellisesti hyväksytyt teoriat selittävät käytäntöä. (Roper, Logan & Tierney 1992,22.) Kuntoutussuunnitelmaa suunniteltaessa on käytetty Roper, Logan ja Tierneyn elämisen mallia ja siitä osaa elämisen toiminnot. Mallin avulla on pyritty tunnistamaan elämän peruspiirteet. (Roper ym. 1992, 26.)

Taulukko 2. Elämisen toiminnot. (Roper ym. 1992, 26.)

- Turvallisen ympäristön ylläpitäminen
- Viestiminen
- Hengittäminen
- Syöminen ja juominen
- Erittäminen
- Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen
- Kehon lämmöstä huolehtiminen
- Liikkuminen
- Työskenteleminen, harrastaminen ja leikkiminen
- Sukupuolisuuden ilmaiseminen
- Nukkuminen
- Kuoleminen

Elämisen malli on kuvaus siitä, mitä elämiseen sisältyy hedelmöittymisen ja kuoleman välillä. Lisäksi mallissa käsitellään ihmisen elämää riippuvuus-riippumattomuus-jatkumolla, joka osoittaa, että ihmisellä on vaiheita, jolloin ei itse pysty suoriutumaan elämisen toiminnoista. Mallissa huomioidaan ihmisen yksilöllisyys ja se, kuinka ihminen oman elämänsä kokee. (Roper ym. 1992, 26, 76.)

3.5. Kuntoutuksen ongelmakohtia

Geriatrisen kuntoutuksen tavoitteena on iäkkään ihmisen omatoimisuuden sekä hyvinvoinnin optimointi. Hyvän kuntoutuksen onnistumiseksi vaaditaan onnistuneen tiimityön lisäksi kuntouttavaa työtettä. Nämä eivät ole itsestäänselvyyskysymyksiä. (Taulukko 3.) Haapaniemen ja Routasalon (2007, 35) tekemän tutkimuksen mukaan moniammatillisen tiimin yhteistyö ja säännölliset kokoukset vahvistavat kokonaisnäemyksen luomista iäkkään kuntoutujan tilanteesta. Tutkimuksessa selvisi, että sairaanhoitajan työ kuntoutustiimissä on potilaan emotionaalisen tuen antaminen ja perheen mukaan ottaminen. Tutkimuksen mukaan iäkkäiden kuntoutuspotilaiden hoitotyö painottuu potilaiden päivittäisten toimintojen turvaamiseen ja fyysiseen auttamiseen emotionaalisen ja tiedollisen tuen jäädessä vähemmälle. (Haapaniemi ym. 2007. 35.) Iäkkään kuntoutumiseen tulee varata riittävästi aikaa, eikä johtopäätöksiä esimerkiksi ennusteesta tai laitoshoidon tarpeesta tule tehdä ennen, kuin kaikki voitava kuntoutuksen hyväksi on tehty. Tämä luo paineita nykyajan tehokkuusvaatimuksille, jotka odottavat tuloksia nopeasti. Toisinaan potilas, hänen läheisensä tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saattavat suhtautua kuntoutukseen kuin passiivisesti annettavaan lääkkeeseen. On muistettava, että kuntoutus on paljon energiaa vaativa prosessi, jossa kuntoutuja itse toimii aktiivisesti. Vanhusten kuntoutus on pitkäjänteisyyttä sekä ammattitaitoa vaativa tapahtumien ketju, ei nopeasti pois hoidettava ongelma. Kuntoutuksessa ja sen tuomissa tuloksissa on huomioitava asiakkaan tila. Onko kuntoutuksen tarve syntynyt katastrofaalisesti esimerkiksi lonkkamurtuman tai aivohalvauksen vuoksi. Kuntoutuja voi kuntoutua nopeasti, jos hänellä on entiset taidot muistissaan ja lihasvoimaa tallella. Keskeistä on intensiivinen kuntoutus otollisena aikana. Jos ikäihmisen toiminnanvajaus on syntynyt hitaasti, ei lyhyellä aikavälillä.

lillä voi nähdä tuloksia. Tässä tapauksessa kuntoutujan oma rooli ja hänen sitoutumisen korostuvat tavoitteiden saavuttamiseksi. Mahdollisuuksien luominen ja myönteisen elämänasenteen säilyttäminen on ensiarvoisen tärkeää. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 444- 447.)

Kaavio 3. Kuntoutuspolun tavallisia ongelmakohtia (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 446.)

Oikea-aikaisuus ei toimi <ul style="list-style-type: none"> • Viiveet kuntoutuksen käynnistämisessä
Asiakaslähtöisyys ei toimi <ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutujan omat toiveet ohitetaan • Kuntoutuja jää passiiviseksi sivustakatsojaksi • Kuntoutuja ei sitoudu kuntoutustavoitteisiin, eikä kuntoutumista osata tukea
Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi ei toimi <ul style="list-style-type: none"> • Asiantuntemuksen puute • Piileviä sairauksia ja ongelmia ei havaita • Arviointi on ongelmakeskeistä eikä rakennu kuntoutujan voimavaroille ja optimismille • Ei hyödynnetä systemaattisia strukturoituja arviointimenetelmiä • Arviointi jää sirpaleiseksi eikä huomioi kuntoutujaa kokonaisuutena • Ennalta ehkäiseviä toimia ei toteuteta, komplikaatioita ei ennakoida
Tiimityö ei toteudu optimaalisesti <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisen asiantuntemuksen puute • Epätasa-arvoisuus • Erilaiset toimintaohjelmat ja kuntoutusfilosofiat • Konfliktit
Riittämättömät voimavarat <ul style="list-style-type: none"> • Kuntouttava työote ei toteudu tai toteutuu paikoittain
Sairaalassa tehty arviointi antaa väärän kuvan kotona selviytymisestä
Vuorovaikutusongelmat ammattilaisten, omaisten ja kuntoutujan välillä

Kuntoutuksen koordinointi ja hoidon vastuuttaminen kangertelevat

- koordinaattori tai omahoitaja puuttuu

Puutteellinen tiedonkulku ja hoidon jatkuvuus kuntoutusyksikön, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä

Kuntoutuksessa ikäihminen on aktiivinen toimija eikä passiivinen hoidon ja kuntoutuksen vastaanottaja. Omaisten ottaminen mukaan ikäihmisten kuntoutukseen on tärkeää, koska omaisilla on usein keskeinen merkitys vanhuksen tukijana kuntoutuksen jälkeen. (Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus 2003, 13.) Haapaniemen ja Routasalon (2007, 35) tekemän tutkimuksen mukaan omaisella on tärkeä merkitys potilaan kuntoutumisessa, sillä yleensä potilaan kuntoutuminen jatkuu sairaalajakson jälkeen kotona. Omainen tarvitsee ohjausta ja tukea potilaan kuntoutumiseen jo akuuttihoitossa. Omaiset nähdään usein vierailijoina, jolloin omaisen ja henkilökunnan välinen suhde jää etäiseksi. Hoitohenkilökunnan toivotaan ottavan omaiset mukaan ohjaustilanteeseen ja antavan ohjeita niin potilaalle kuin omaisellekin koskien kuntoutumista sekä tunteiden ja pelkojen käsittelystä. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat pitävät omaisia tärkeinä potilaille, mutta ei henkilökunnalle, jolloin omaisen huomiotta jättäminen on todennäköistä. (Haapaniemi ja Routasalo. 2007. 35.)

Tärkeintä toimintakyvyn ylläpitämisessä on toiminta ikääntyneen omilla ehdoilla ja voimavaroilla. Toimintakykyä on tärkeä arvioida ja näin saada tietoa ikääntyneen vielä jäljellä olevista voimavaroista. Tällöin voidaan huomioda toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. (Siipola & Laajasalo 2003, 20.)

4 PROJEKTIN ETENEMINEN JA TOTEUTUS

4.1 Aikataulu ja rerurssit

Opinnäytetyön aihe valittiin työn tarpeellisuuden mukaan. Aiheseminaari pidettiin keväällä 2010, jonka jälkeen kuntoutussuunnitelmapohjan ensimmäinen versio suunniteltiin käyttöön otettavaksi. Aiheen teorian tietoa etsittiin ja tutkittiin kuntoutussuunnitelmapohjassa tulleiden ongelmien korjaamisen avuksi. Toukokuussa 2010 lomaketta korjattiin esiin tulleiden ongelmien vuoksi. Kuntoutussuunnitelmapohjaa muutettiin niin, että kirjatut tiedot eivät ole riippuvaisia siitä, kuka sen täyttää. Tämän lisäksi lomakkeen käyttö saatiin helpoksi ja nopeaksi käyttää. Kuntoutussuunnitelmapohja saatiin käyttöön kesäkuun alussa, niin kuin alustavassa suunnitelmassa oli päätetty. Lomaketta koekäytettiin kolmen kuukauden ajan (kesä – elokuu 2010) ja sen todettiin olevan käyttökelpoinen ja kattava. Aiheen teorian tietoa kerättiin koekäytön ajan. Työn tekemiseen ei tarvittu taloudellista panosta. Menoja olivat vain paperi, monistus ja puhelinkulut.

4.2 Riskit ja aiheen raja

Kuntoutussuunnitelmapohjan suunnittelussa käytettiin Roper- Logan- Tierneyn elämisen toiminnot - mallia. Tämä toimi suunnittelussa myös rajauksena. Näin lomakkeeseen tuli vain tärkeimmät asiat, jotka laadukkaassa asiakaslähtöisessä hoitotyössä on huomioitava. Riskinä suunnittelussa oli liian monimutkaisen kaavakkeen suunnittelu.

4.3 Kuntoutussuunnitelmapohjan arviointi

Projektin tuloksien arviointi on kannattavaa antaa asiantuntijaryhmälle, joka on puolueeton. Vaarana saattaa olla se, että projektin toteuttajat sokaistuvat omalle työlleen, eivätkä enää kykene arvioimaan tuotostaan objektiivisesti. (Häkkinen, 2009. 28.) Työ on annet-

tu tarkasteltavaksi ja täytettäväksi kaikille yrityksessä työskenteleville hoitajille. Lomake on saanut positiivista palautetta ja se on osoittanut toimivuutensa myös kaikkien lomaketta käyttäneiden hoitajien puolesta.

5 PROJEKTIN TULOKSET

Suunniteltu aikataulu on pysynyt niille asetetuissa puitteissa. Vaikka kuntoutussuunnitelmaa on muutettu muutamia kertoja, ei se ole viivytännyt opinnäytetyön valmistumista. Kuntoutussuunnitelmapohja tehtiin Wordille ja se on luovutettu paperi- että sähköisessä muodossa työn tilaajalle. Lomakkeesta tuli toimiva ja kattava paketti, jolla saadaan uudesta asiakkaasta tietoa niin, että sen avulla voidaan suunnitella ja toteuttaa laadukasta hoitoa sekä kuntoutusta. Työn edetessä huomattiin, että lomaketta voi käyttää muuallakin kuin intervalliosastolla. Nyt myös uusista kotisairaanhoidon sekä palveluasuntojen asukkaista täytetään kuntoutussuunnitelmalomake. Näin onnistutaan turvaamaan asiakkaiden yksilöllinen hoitaminen sekä takaamaan, että hoitohenkilökunnalla on tarpeeksi tietoa uudesta asiakkaasta.

Intervallityyppiseen geriatriseen kuntoutukseen liittyvää tutkimusaineistoa oli saatavana vähän. Kirjallisuudesta löytyi geriatriseen kuntoutukseen sitä vastoin runsaasti tietoa. Lähteiden luotettavuutta arvioimme kriittisesti: lähteiden tuli olla mahdollisimman tuoreita, mieluiten alle 5 vuotta vanhoja. Lähteiksi hyväksyimme graduja, väitöskirjoja, opinnäytetöitä sekä artikkeleita terveydenhuoltoalan lehdistä kuten hoitotiede. Teoriaosuudessa käsiteltiin kuntoutusta, intervallihoitoa ja kuntoutuksen ongelmakohtia. Työn tilanteelle yritykselle luovutetaan täydet käyttöoikeudet kuntoutussuunnitelmapohjaan.

6 POHDINTA

Projekti on ollut mielenkiintoinen. Käytimme suunnitteluun teoretietoa ja kirjallisuutta, mutta ennen kaikkea käytimme käytännön tietoa ja kokemusta siitä, mitä me hoitajana haluamme asiakkaasta tietää hänen tullessaan yksikköön tai hoidon piiriin. Työn tekeminen sai meidät ymmärtämään, kuinka vastuullista, haastavaa ja pitkäjänteistä geriatrinen kuntoutus voi olla.

Toinen opinnäytetyöntekijöistä työskentelee työn tilanneessa yrityksessä ja on yksi lomakkeen käyttäjästä. On ollut mielenkiintoista nähdä aitiopaikalta se, minkälainen työn tulos on käytännössä. On ollut palkitsevaa huomata, kuinka suuri hyöty teemästämme työstä on ollut.

Projektin onnistumisen kannalta erityisen tärkeitä asioita ovat olleet projektin sitoutuneiden tahojen välinen hyvä yhteistyö, avoin kommunikointi, riittävä informaatiokulku sekä kaikkien osapuolien sitoutuminen. Työelämälähtöinen kehittämistyö opetti haastavalla tavalla projektin kulkua, ennakoimattomuutta ja oman aktiivisuuden tärkeyttä. Kuntoutussuunnitelman laatiminen on asiakkaan ja työntekijän edun mukainen että säädösten velvoittama tehtävä. Hyvin laadittu kuntoutussuunnitelma palvelee onnistunutta yhteistyötä kuntoutujan ja kuntouttajan välillä. Suunnitelmallisuus kuuluu olennaisena osana kuntoutukseen sekä on hyvä mitta kuntoutuksen kehityksessä

Kuntoutussuunnitelman päivittäminen pitää niin kuntoutujan kuin kuntouttajan/työntekijät ajan tasalla. Suunnitelman avulla huomataan, mihin suuntaan kuuluu suunnistaa vai onko oletetut kuntoutusmallit tai -muodot olleet toimivia vai olemme-ko edelleen samalla lähtöviivalla. Jokaisella vanhuksella kuuluisi olla jonkinlainen suunnitelma hyvän elämänlaadun ylläpitämiselle.

Työntekijöiden vaihtuvuus on nykyään suuri, joten kuntoutussuunnitelma avustaa uutta työntekijää omassa kuntouttavassa työotteessaan. Suunnitelman avulla saatujen

tietojen perusteella voi ratkaista eteen tulevat ongelmat. Suunnitelman avulla pystyy myös toimimaan luovasti eri tilanteissa.

Kuntoutussuunnitelmasta näkyy myös asiakkaan vahvuudet ja heikkoudet sekä muut asiat, jotka liittyvät olennaisesti kuntoutujan jokapäiväiseen elämään. Työntekijän tai kuntouttajan on helppo tutustua asiakkaaseen ennen tapaamista kuntoutussuunnitelman kautta. Suunnitelma ohjaa toimimaan arjessa asiakkaan kanssa. Työntekijöiden on muistettava ihminen kokonaisuutena. Jos huomio kohdistuu vain fyysiseen toimintakykyyn, monet vahvat alueet ja voimavarat saattavat jäädä huomioimatta. Lääkärin, hoitajien, sosiaalityöntekijöiden kuten kaikkien muidenkin alan ammattilaisten tulisi asiakkaan taustatietoja selvittäessään kartoittaa hänen toimintakykyään ja samalla ottaa kantaa kuntoutukseen eli toimintakykyä parantaviin toimiin. Kokonaisvaltainen kuntoutus edellyttää arviota tarvittavista toimista kuntoutujan elinympäristössä ja hänen tarvitsemistaan apuvälineistä sekä hänen tarvitsemastaan ohjauksesta ja toimintakyvyn harjoittamisesta.

.

LÄHTEET

DEMENT Oy Palvelukeskus Villa Jussoila [verkkosivu]. Saatavissa: <http://www.dement.fi/>

FINLEX Valtion Säädöstietopankki [verkkosivu]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/>.

Haapaniemi, H & Routasalo, P. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitotiede. 1/2009.

Häkkinen, T. 2009. Opas sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaalle – oireet ovat poissa, tauti jäljellä. Opinnäytetyö. Viitattu 13.8.2010
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5617/2009_hakkinen_tuomo.pdf?sequence=2

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Yliopistopaino.

Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus 2003. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 2003:59. KELA. Helsinki. Edita Prima Oy

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 1995. Mitä kuntoutus on? Teoksessa Suikkanen, Asko; Härkäpää, Kristiina; Järvikoski, Aila; Kallaranta, Tapani; Piirainen, Keijo; Repo, Marjatta & Wikström, Juhani Kuntoutuksen ulottuvuudet. Porvoo-Helsinki-Juva: WSOY, 12-28

Kallaranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa I. 2001. Kuntoutus. 1.painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy.

Koskinen, S., Pitkälä K. & Saarenheimo M. 2008. Kuntoutus. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. Otavan kirjapaino Oy.

Kuntoutusasian neuvottelukunta. (2004). Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki: Edita.

Muurinen, S., Valvanne, J. Sahi, I. Peiponen, A. Tolkki, P. & Soveri, M. 2004. Vanhusten lyhytaikaishoidon (LAH) nykytila ja kehittämissuositukset. Viitattu 30.4.2010
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/31296e804a176e1e948bfc3d8d1d4668/lah_raportti.pdf?MOD=AJPERES

Muurinen, S. & Valvanne, J. 2005. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. Gerontologia 2, 65- 72.

Puhakka, Helena 2007: Ammatillisen kuntoutuksen epäonnistuminen kuntoutujien näkökulmasta. Ammatillinen lisensiaatintutkimus. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Joensuun yliopisto.

Rissanen, Tapio. 2002. Projektilla tulokseen. Projektin suunnittelu, toteutus, motiivointi ja seuranta. Jyväskylä: Pohjantähti.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. Hoitotyön perusteet. 1992. Kirjayhtymä Oy. Tampere. Tammer- Paino Oy

Ruuska, K. 2001. Projekti hallintaan. Asiantuntija-sarja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Tampere : Tampereen yliopisto.

Siipola, S. & Laalo, A (toim.) 2003. Pitkäaikaissairaanhoidon hoitotyön käsikirja. 2. painos. Turku. Karhukopio

STM 2001a. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki.

STM 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös. terveys 2015 – Kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

Stakes 2006. Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Stakesin työpapereita 23/2006. Helsinki. [Viitattu 25.2.2007.]

<http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T23-2006-VERKKO.pfd>

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki. Edita Prima Oy

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (Toim.) Geriatria. 2010. 2.uudistettu painos. Kustannus Duodecim. Helsinki.

Tossavainen, A. 1996. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. 2.painos. Juva. WSOY.

Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2004:78. KELA. Helsinki. Edita Prima Oy

LIITE 1

Dement Oy /Elina Junnila
Karjalankatu 16
26100 Rauma

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS
1.6.2010

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Rauman toimipisteessä. Opinnäytetyömme aiheena on suunnitella Kuntoutussuunnitelmapohja intervalliosastolle Villa Jussoilaan. Työn on tarkoitus valmistua syksyn 2010 aikana.

Oma osuutemme kuntoutussuunnitelmapohjan teossa päättyy luovuttaessamme sen Elina Junnilalle. Luovutuksen yhteydessä luovutamme myös oikeudet lomakkeeseen.

Anomme lupaa koekäyttää kuntoutussuunnitelmapohjaa kesä- elokuu 2010 välisenä ajanjaksona. Tämän jälkeen teemme lomakkeeseen tarvittavat korjaukset.

Ystävällisin terveisin

Johanna Siirtola

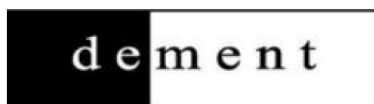
Miia Lehtonen

Hyväksyn / En hyväksy

Päiväys ja allekirjoitus

LIITE 2

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA



Dement Oy
 Karjalankatu 16
 26100 Rauma
 Y-tunnus: 2320965-9

Päivystysnumero puh. 044-3799714
 Kotisairaanhoido puh. 044-2802651
 Kotipalvelu puh. 044-2802641
 Markkinointi Roope Junnila puh. 044-5446013
 Palveluvastaava ark. 8.00- 16.00 puh. 044-3799714
 Palvelujohtaja Elina Junnila puh.040-8099714

KUNTOUTUSSUUNNITELMA INTERVALLIJAKSOLLE

Jakson ajankohta: _____

ASIAKASTIEDOT:

Nimi: _____ Ent. ammatti: _____

Sosiaaliturvatunnus: _____

Osoite: _____ Puhelin: _____

Lähiomainen: _____ AVIOPUOLISO / LAPSI / MUU Mikä _____

Osoite: _____ Puhelin: _____

Omalääkäri: _____ Puhelin: _____

Sähköposti: _____

TOIMINTAKYKYMITTARIT:

MITTARI:	TULOS:	KUKA TEHNYT, MISSÄ, MILLOIN:
----------	--------	------------------------------

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

MMSE		
RAVATAR		
CERAD		

1. KLIINiset SAIRAUSTIEDOT

Perussairaudet: _____

Lääkitykset:

Lääkkeen nimi/vahvuus	Annostus	Mihin sairauteen

Lääkkeiden jaosta huolehtii _____.

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

Lääkkeiden ottamisesta

huolehtii _____.

2. TOIMINTAKYKY

	KYLLÄ	EI
Käveleekö itsenäisesti?		
Tarvitseeko liikkumisen apuvälineitä		
Kävelykeppi <input type="checkbox"/>		
Rollaattori <input type="checkbox"/>		
Pyörätuoli <input type="checkbox"/>		
Muu? <input type="checkbox"/> Mikä? _____		
Käykö ohjatussa liikuntaharrastuksesta, fysioterapiassa tms.? Jos käy, niin missä ja kuinka monta kertaa viikossa? _____		
Pitääkö asiakas ulkoilusta? Kuinka usein ulkoilee, miten ja kenen kanssa? _____		
Onko liikkumisessa ilmennyt ongelmia, jos niin minkälaisia? _____		

3. VIESTIMINEN

Minkälainen on asiakkaan näkökyky? _____
Käyttääkö asiakas silmälasia? Kyllä / Ei
Milloin näkö on tarkastettu viimeksi? _____
Tarvitseeko asiakkaan mennä silmälääkärin vastaanotolle? Kyllä / Ei
Onko asiakkaan käytössä näkemisen apuvälineitä? Kyllä / Ei

KOPIOINTI EHDOTTOMASTI KIELLETTY. KAIKKI OIKEUDET PIDÄTETÄÄN.

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

Jos on, niin minkälaisia? _____
Onko tarvetta hankkia uusia apuvälineitä? Kyllä / Ei
Jos on, niin minkälaisia? _____

Kuuleeko asiakas normaalia puhetta? Kyllä / Ei
Onko asiakkaalla kuulolaite? Kyllä / Ei
Jos on, niin milloin se on hankittu? _____
Onko kuulolaite asiakkaalle sopiva? Kyllä / Ei
Jos ei, niin miksi? _____
Osaako asiakas itsenäisesti käyttää kuulolaitetta? Kyllä / Ei
Osaako asiakas vaihtaa itsenäisesti kuulolaitteen paristot? Kyllä / Ei
Onko asiakkaalla tekohampaat? Kyllä / Ei
Ovatko tekohampaat asiakkaalle sopivat? Kyllä / Ei
Jos ei, niin mitä ongelmia? _____

Pystyykö asiakas huolehtimaan itsenäisesti suun hygieniasta? Kyllä / Ei
Jos ei, missä tarvitsee apua? _____

Milloin asiakas on viimeksi ollut hammaslääkärin vastaanotolla? _____

Onko tarvetta varata aikaa hammaslääkäriin? Kyllä / Ei

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

4. HENGITTÄMINEN

Tupakoiko asiakas?	Kyllä / Ei
Kuinka paljon? _____ kpl/vrk	
Onko asiakkaalla hengityksen apuvälineitä?	Kyllä / Ei
Jos on, niin mitä? _____	

Osaako asiakas käyttää niitä asianmukaisesti?	Kyllä / Ei
Jos ei, niin mitä ongelmia on havaittu? _____	

Muuta huomioitavaa? _____	

5. SYÖMINEN JA JUOMINEN

Syökö asiakas normaalia ruokaa?	Kyllä / Ei
Jos ei, niin mitä erityistä? _____	
Onko asiakkaalla hyvä ruokahalu?	Kyllä / Ei
Onko asiakkaalla normaali ruokavalio?	Kyllä / Ei
Jos ei, niin mitä erityistä? _____	
Tarvitseeko asiakas syömisen apuvälineitä?	Kyllä / Ei
Jos tarvitsee, niin mitä? _____	

Muuta: _____	

KOPIOINTI EHDOTTOMASTI KIELLETTY. KAIKKI OIKEUDET PIDÄTETÄÄN.

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

6. ERITTÄMINEN

Toimiiko asiakkaan vatsa normaalisti?	Kyllä / Ei
Jos ei, niin mitä ongelmia? _____	
Onko asiakkaalla ongelmia virtsaamisen kanssa?	Kyllä / Ei
Jos ongelmia on, niin minkälaisia? _____	

Tarvitseeko asiakas apua wc käynnillä?	Kyllä / Ei
Jos tarvitsee, niin minkälaista? _____	

Käyttääkö asiakas vaippoja?	Kyllä / Ei
Jos käyttää, niin milloin ja minkälaisia? _____	

Tarvitseeko asiakas wc:ssä apuvälineitä?	Kyllä / Ei
Jos tarvitsee, niin mitä? _____	

Onko tarvetta hankkia apuvälineitä lisää?	Kyllä / Ei
Jos on niin mitä? _____	

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

7. PUHTAUS JA VAATETUS

Huolehtiiko asiakas itse hygieniastaan?	Kyllä / Ei
Jos ei, niin missä tarvitsee apua? _____	

Onko asiakkaalla erityistoive peseytymisen suhteen?	Kyllä / Ei
Jos on, niin mitä? _____	
Onko asiakkaalla iho-ongelmia?	Kyllä / Ei
Jos on, niin minkälaisia? _____	
Pukeutuuko asiakas itsenäisesti?	Kyllä / Ei
Jos ei, niin missä tarvitsee apua? _____	

Onko asiakkaalla toiveita vaatetuksen suhteen?	Kyllä / Ei
Jos on, niin minkälaisia? _____	

8. NUKKUMINEN

Onko asiakkaalla ongelmia nukkumisen suhteen?	Kyllä / Ei
Jos on, niin minkälaisia? _____	
Kuinka paljon asiakas nukkuu normaalisti yön aikana? _____	
Tarvitseeko päivälepoa?	Kyllä / Ei
Käyttääkö asiakas uni/ nukahtamislääkettä?	Kyllä / Ei

KOPIOINTI EHDOTTOMASTI KIELLETTY. KAIKKI OIKEUDET PIDÄTETÄÄN.

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

Jos käyttää, niin mitä? _____

Kuinka usein? _____

9. PSYKOSOSIAALISUUS

Onko asiakas seurallinen? Kyllä / Ei

Viihtyykö asiakas yksin? Kyllä / Ei

Onko asiakas osallistunut erilaisiin kerhoihin tms.? Kyllä / Ei

Jos on, niin mihin ja kenen järjestämiin, kuinka usein? _____

10. HENGELLISET TARPEET

Kuuluuko asiakas johonkin uskonnolliseen seurakuntaan? Kyllä / Ei

Mihin seurakuntaan asiakas kuuluu? _____

Haluaako asiakas osallistua hartaustilaisuuksiin? Kyllä / Ei

Haluaako asiakas osallistua ehtoollisen viettoon? Kyllä / Ei

Muuta huomioitavaa liittyen hengellisiin tarpeisiin? _____

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

11. ELÄMÄNKULKU

Henkilökuntamme pyrkii takaamaan asiakkaalle sen elämänlaadun mikä hänellä oli ennen asiakassuhteen alkua. Siihen päästäksemme tarvitsemme asiakkaasta tietoja, joiden avulla voimme kohdata hänet yksilöllisesti ja jotta voimme ymmärtää hänen tarpeitaan ja toiveitaan. Tietoja käytetään luottamuksella hyvän hoidon varmistamiseksi.

<p>Lapsuus ja nuoruus:</p> <p>Missä syntynyt? Onko asiakkaalla sisaruksia?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aikuisikä:</p> <p>Minkälainen koulutus asiakkaalla on? _____</p> <p>Minkälaista työtä asiakas on tehnyt?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Minkälainen merkitys työllä on asiakkaalle ollut?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Nykytilanne:</p> <p>Missä ja minkälaisessa asunnossa asiakas nyt asuu ja kenen kanssa?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Minkälaisia luonteenpiirteitä asiakkaalla on?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Minkälainen elämäkatsomus ja arvomaailma asiakkaalla on:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Mitkä asiat tuottavat asiakkaalle iloa ja mielihyvää?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

Tottumukset ja tavat: _____

Mitä muuta haluatte meidän huomioivan kuntoutusjakson aikana?

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

12. KUNTOUTUS

Fysioterapeutti tehnyt kuntoutussuunnitelman: _____/_____2010

Fysioterapiakäynnit jakson aikana:

1. _____/_____2010
2. _____/_____2010
3. _____/_____2010
4. _____/_____2010
5. _____/_____2010

Fysioterapeutin arvio jaksosta:

[illegible]

Allekirjoitus: _____

KUNTOUTUSSUUNNITELMAPOHJA

13. MUUT TERAPIAT/ LÄÄKÄRILLÄ KÄYNNIT

PÄIVÄMÄÄRÄ	MISSÄ KÄYNYT?	MIKSI KÄYNYT?
1. ____/____2010		
2. ____/____2010		
3. ____/____2010		

Kuntoutussuunnitelman laadinnassa mukana:

DEMENT

Raumalla ____/____2010
